UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 18

ABSENCE CONGÉNITALE DE VAGIN

CRITIQUE DES TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le vendredi 4 décembre 1936

PAR

Georges-Emile-Marie GRIMAUD

Elève de l'Ecole du Service de Santé de la Marine

né le 29 mai 1911, à Toulon (Var)

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur..... *Juges*

JEANNENEY, professeur..... *Juges*

RIVIÈRE, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIERE

18, Rue du Peugue

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0040

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936-1937

N° 18

ABSENCE CONGÉNITALE DE VAGIN

CRITIQUE DES TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le vendredi 4 décembre 1936

PAR

Georges-Emile-Marie GRIMAUD

Elève de l'Ecole du Service de Santé de la Marine

né le 29 mai 1911, à Toulon (Var)

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur..... *Juges*

JEANNENEY, professeur..... *Juges*

RIVIÈRE, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIERE

18, Rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
Assesseur..... M. LABAT
Doyen honoraire..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHEVALE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	LORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FAURE.
Médecine générale	PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN BROUSTET DERVILLÉE.

	MM.
Chirurgie générale	MASSE. DARGET.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	F. PAPIN
Accouchements	RIVIERE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Puériculture	FAUGÈRE
Pharmacie chimique	VITTE

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

En témoignage de notre grande vénération et de notre profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MES FRERES, A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin en chef FERET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES PROFESSEURS

Au Docteur H. COUREAU

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

Qui a guidé nos premiers pas médico-chirurgicaux et nous a toujours témoigné une grande sollicitude.

Au Docteur P. LAFARGUE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre infinie gratitude.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BEGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, après nous avoir prodigué, durant notre stage dans son service, en même temps qu'un enseignement élevé, les marques de sa haute bienveillance.

Qu'il soit assuré de notre infinie reconnaissance.

« *Je suis venue à vous n'ayant aucun espoir, mais désirant vivement mourir. Il ne pouvait y avoir un meilleur résultat de l'opération. Il y a peut-être plus de prix à faire d'une infirme une femme normale qu'à lui sauver la vie.* »

(*lettre d'une malade de Matveiew*).

L'absence congénitale de vagin est une affection rare. Beaucoup de chirurgiens, par ignorance de la question, se refusent à intervenir. D'autres, se fiant à la dernière publication en date, n'ont que des résultats médiocres ou nuls.

Ce manque de réussite ne peut-il être expliqué par le grand nombre de praticiens ? On a pu dire, en effet, qu'il y avait autant de cas opérés que de chirurgiens.

Dans le procédé de transplantation du rectum, nous recueillons 108 observations publiées par 52 auteurs différents, avec une proportion de cas favorables de 75,9 % ; mais Landois, dans sa statistique homogène, arrive à un pourcentage de 99 pour 30 cas opérés.

Dans le procédé de transplantation de l'intestin grêle, Rabinovitch rapporte 242 cas réalisés par 127 chirurgiens différents, avec 60 % de succès. Judin et Masson arrivent, dans leur statistique homogène, à un pourcentage de 90 à 91.

Cette intervention, en vue d'obtenir un vagin artificiel, est-elle légitime ?

Cette question a engendré de nombreuses polémiques. Si ces dernières n'avaient pour terrain que le domaine de la plastique, ce ne serait pas grand'chose, car, aujourd'hui, la chirurgie esthétique a droit de cité.

A cette raison (si importante pour la femme...) s'en ajoutent d'autres, d'ordre psychique. Quelle plus grande

misère morale, pour ces malheureuses, arrivant parfois à des idées de suicide et les réalisant même (tel le cas relaté par John Scott), de se sentir atteintes d'une pareille infirmité !

L'Eglise refusant le mariage, ces femmes n'ont d'autres ressources que d'aller se confier au chirurgien. Celui-ci leur donnera la possibilité de se marier religieusement (cas de M. Lafargue).

Le point de vue physiologique n'est pas le moins négligeable. Combien de ces femmes viennent à la consultation pour rectite, incontinence d'urine, dues à des rapports anormaux.

On ne doit pas dire avec Baudet : « Voilà une femme à qui la copulation ne fournira ni plaisir, ni enfant, et que l'on risque de tuer : mieux vaudrait la laisser telle qu'elle est. » Il existe aujourd'hui des techniques dépourvues de risques. Dans de très nombreuses observations la femme opérée est satisfaite dans ses rapports.

Une dizaine de fois, la menstruation s'est établie après l'opération. (Mollière, Barbaroux, Mouriquand, Ward, Ritchie, Peraire, Wagner, Zubrzyky.)

Malheureusement, sur 351 colpoplasties, nous n'avons pu relever que 3 cas de conceptions. Wagner relate une observation dans laquelle une de ses opérées accoucha trois fois : le premier enfant pesait 2 kg. 750 ; les deux autres 4 kg. Gombarow, de Tiflis, raconte que, deux ans après l'opération, une de ses patientes se trouva enceinte.

Ces raretés s'expliquent par le fait que le vagin est fourni aux dépens des canaux de Müller qui donnent, également, cornes et utérus. Sur 150 cas relevés, nous avons trouvé 6 utérus normaux, 72 fois les ovaires l'étaient aussi, avec existence de corps jaunes et de cicatrices. Dans les autres cas, les ovaires ont des anomalies de formes ou de positions, mais jouant encore leur rôle dans la symphonie endocrinienne (caractères sexuels secondaires, désir de l'autre sexe, etc.).

CLASSIFICATION DES PROCEDES

1° Procédés mécaniques ;

2° Procédés de greffes ;

a) Greffes pédiculées,

b) Greffes libres

homogreffes

hétérogreffes

3° Procédés de transplantation viscérale ;

Intestin grêle

Colon sigmoïde

Rectum

PROCEDES MECANIQUES

Nous citerons pour mémoire l'opération d'Amussat qui consiste à refouler le périnée à l'aide d'une sonde rigide. Novaro, de Gênes, seul parmi de nombreux imitateurs, obtint un succès.

Mollière eut l'idée de cliver l'espace vésico-rectal. La perinéotomie devait, par la suite, servir de base à tous les procédés colpoplastiques.

Obs. I. — Mollière fit porter un cylindre vaginal à sa malade. Le néo-vagin se rétrécit car la femme ne se dilate pas, mais la menstruation se fait chaque mois.

Obs. II. Polaillon. — Six mois après, le vagin permet la copulation.

Obs. III. — Dujon obtient une guérison au bout de trois semaines.

Obs. IV. — La malade de Barbaroux est réglée.

Obs. V. — Sarvey réussit à provoquer l'épidermisation des parois du tunnel en y maintenant jour et nuit une tige solide. Le vagin obtenu conserva, à la révision, des dimensions suffisantes.

Obs. VI. — L'opérée de Mouriquand fut réglée, mais le néo-vagin se rétrécit par insuffisance de la dilatation.

Obs. VII. — Gombarow, de Tiflis, maintient béant l'espace clivé par une bougie d'Hégar n° 26, laissée 7 heures par jour. Il obtient une cavité longue de 8 cm. 5 permettant une vie sexuelle normale. Deux ans après l'opération la malade est enceinte. (Nous n'avons pu avoir la fin de l'observation.)

Obs. VIII. — Kleistsman enduit la prothèse vaginale de

vernix caseosa. Au bout de huit jours, la plaie possède des îlots épithéliaux. Il réapplique des tampons avec vernix. Quinze jours après l'opération, le canal est devenu épithélial. La femme, revue un mois après, a des rapports normaux. Le néo-vagin a 9 cm., large, élastique.

Que valent ces opérations réalisées à l'aide d'une technique simple ?

Dujon (obs. III) pense que le canal ainsi créé devra subir une notable rétraction cicatricielle.

Mouriquand (obs. VI) accuse l'incurie familiale.

Stockel, citant Sarvey (obs. V), relate ce fait comme très rare, car l'infundibulum cruenté se rétrécit peu à peu et finit par s'oblitérer.

En résumé, sur ces 8 publications, nous avons :

5 bons résultats immédiats (II, III, IV, VII, VIII),

3 opérations suivies de règles (I, IV, VI),

2 néo-vagins admettent la copulation après six mois (II, V).

On ne peut tabler sur l'observation de Kleistsman, car l'opérée n'a été vue qu'un mois après l'opération.

Reste donc l'observation de Gombarow qui a réussi si pleinement.

Nous pensons que ces 8 cas sont exceptionnels. L'incision, le décollement, ont toujours été suivis de cicatrisation, de brides, d'adhérences. Dumitrescu en avait recueilli 17 cas. Nous en avons recueilli une trentaine alors que la publication des échecs n'est pas chose courante. Sur toutes ces tentatives, 8 seulement valaient une citation ayant eu quelque résultat.

PROCEDES DES GREFFES

I. Greffes pédiculées.

Devant l'échec de la méthode précédente, l'idée vint de tapisser les parois cruentées du néo-vagin aux dépens de greffes provenant des parties voisines (cuisses, grandes et petites lèvres).

1° *Technique d'Heppner-Pozzi-Graves.*

Heppner fait une incision en H : après incision sur la ligne transversale, à mi-distance entre urèthre et anus, il incise les grandes lèvres de chaque côté, les dédouble et refoule les lambeaux ainsi obtenus dans l'infundibulum créé.

Pozzi, puis Graves, préconisent les greffes aux dépens des petites lèvres dédoublées. Les plaies résultant du glissement des lambeaux sont laissées béantes, sans essayer de sutures partielles qui provoqueraient des tiraillements dangereux.

Résultats des 25 cas.

14 bons, soit 40,8 %,
7 mauvais, soit 28 %,
4 passables, soit 14 %.

7 mauvais :

3 nécroses du lambeau : Pozzi (2), Chambard

3 rétractions complètes : Crédé, Graves, Menicucci

1 défaut de clivage : Peterson.

4 passables :

1 vagin de 3 cm. : Charbonnel et Favreau.
1 vagin de 6 cm. après six ans : Picqué.
1 vagin bloqué par les poils : Oastler.

Mortalité : Il n'en existe pas dans ce procédé.

Résultats immédiats.

Une opérée est réglée définitivement (Peraire).

Les néo-vagins sont étroits et courts.

La guérison est souvent obtenue après désunion et infection des lambeaux (Graves, Davis et Cron).

Résultats éloignés.

8 révisions ont été publiées :

6 mois après : Pozzi.
1 an 1/2 : Peraire, Villar, de Bordeaux.
3 et 4 ans : Davis et Cron, Fournier.
10 ans : Graves.
18 ans : Roux, de Lausanne.

Pour ces auteurs, les dimensions étaient conservées, les vagins revus par Davis et Cron, Graves, admettaient le Cusco.

Charbonnel et Favreau, Picqué, ont constaté une rétraction dans la profondeur laissant persister un cul-de-sac de 3 à 5 cm.

Complications.

L'infection est difficile à éviter. Il y a une tendance marquée au rétrécissement dans la profondeur, et à la rétraction due au rapprochement cicatriciel périphérique. Le vagin à l'état normal est une cavité virtuelle dont la pression abdominale écrase les parois. Il faut donc entretenir et maintenir le calibre et la longueur par un cathétérisme méthodique.

Sexualité.

Dans cinq observations, des rapports normaux avec orgasme sont relatés : Roux, Graves (2), Davis et Crou (2).

Technique de Fraenkel, Frank et Geist.

Fraenkel fait une greffe de morceaux de la peau des hanches de 17 cm. sur 5, à pédicule juxta-vulvaire. Après les avoir cousus en forme de tube, il clive l'espace vésico-rectal. Le tube est passé dans l'infundibulum créé.

Frank et Geist décrivent une variante : leur lambeau de 17 cm. sur 12 est taillé sur la face interne de la cuisse. Ce lambeau est roulé en forme de tube, lequel, passé dans l'espace clivé, est suturé aux deux bords de l'incision vulvaire. Pendant six semaines, on incise de trois jours en trois jours la base du tube. A ce moment le néo-vagin est soudé.

Résultats des 18 cas.

13 bons, soit 72,5 %.
2 mauvais,
3 passables. .

2 mauvais (nécroses du lambeau) :

Fraenkel
Soler Julia

3 passables :

2 rétractions : 1 et 2 ans après : Frank et Geist ;
1 cicatrice vicieuse sur la ligne médiane antérieure : Rushemon.

Mortalité.

Il n'en existe pas dans cette technique.

Résultats immédiats.

Les néo-vagins sont spacieux et varient de 7 à 12 cm.

Résultats éloignés.

10 révisions ont été publiées :

1 an 1/2 après : Turenne, Grad, Matveiev ;
2 ans : F. Dorman ;
4 ans : Matveiev (3) ;
5 ans : Frank et Geist (2).

Complications.

Nous devons faire les mêmes remarques qu'à propos de la méthode précédente : infection des lambeaux, tendance marquée à la rétraction.

Histologie du néo-vagin.

Dans un cas de Matveiev, on a prélevé, quatre ans après, un morceau de la paroi postérieure du vagin formé aux dépens de la peau juxta-vulvaire. La couche cornée avait disparu ainsi que les poils et les glandes sudoripares.

Sexualité.

Dans cinq observations on note que les rapports se font avec réflexes normaux. — Frank et Geist, Grad, F. Dorman, Turenne et Matveiev, à qui une opérée écrit :

« Tout est tellement normal qu'il est difficile de croire qu'il est impossible pour moi d'avoir un enfant. »

II. Greffes libres.

A. *Homogreffes.*

1° *Procédé de Abbe-Forgue.*

Abbe (1898), puis Forgue (1899), utilisèrent la méthode des greffes de Thiersch pour tapisser la surface cruentée

afin qu'elle ne se coapte pas par bourgeonnement.

Forgue se sert, à cet effet, d'un doigt de gant de caoutchouc bourré de gaze, et sur lequel il imbrique des lanières dermo-épidermiques : face cruentée en dehors. Il pose ce doigt ainsi garni dans l'espace clivé, constipe la malade cinq jours et met une sonde à demeure.

Le mandrin-porte-greffe varie avec chaque auteur : Abadie se sert d'un phallus en caoutchouc, Juvara d'une grosse bougie d'Hégar, Grégoire d'un tube de Frayer pour drainage vésical.

Le plus simple est de prendre un protecteur que l'on bourre de gaze iodoformée et que l'on recouvre de greffes.

Résultats des 18 *cas :*

14 bons, soit 77 % :

Abbe-Forgue
Ladinsky : 2
Maczeweski : 2
Burian : 6
Pück : 2

3 passables :

Grégoire : 2
Abadie

1 mauvais : Grégoire, soit 5,5 %.

Mortalité.

Elle est nulle avec cette technique.

Résultats immédiats.

Souvent la prise de la greffe n'est pas intégrale (Burian-Grégoire).

Les néo-vagins sont généralement vastes et longs. Abadie

note que son opérée admet un Cusco, deux mois après. Maczewski a obtenu un vagin de 9 cm.

La malade de Abbe se marie dix semaines après l'opération.

Résultats éloignés.

7 cas ont été revus avec résultats excellents au bout de :

3 ans : Abadie, Burian (3) ;

7 ans : Burian (3).

Complications.

Ces néo-vagins doivent subir souvent un cathétérisme journalier pour éviter leur rétraction. Abadie note que son vagin, très large après l'opération, a tendance au rétrécissement trois ans après.

Le mandrinage conjugal est aussi nécessaire au bon calibrage de l'organe.

Néanmoins, Burian nous écrit ne faire introduire des dilatateurs que pendant deux à trois mois et avoir de très bons résultats.

Sexualité.

Grégoire cite deux cas avec coïts faciles. Burian en rapporte quatre où les rapports sont agréables depuis plusieurs années.

2° *Procédé de Juvara-Kischner-Wager.*

Au lieu des multiples greffes de Thiersch, ces auteurs emploient un vaste lambeau géant dermo-épidermique de 30 cm. sur 8, prélevé sur la cuisse avec un couteau spécial.

Cette greffe est mise sur un moule spongieux avec axe rigide que l'on retire au bout d'une dizaine de jours.

Résultats des 17 cas.

13 bons (76 %)

Juvara
Kischner-Wagner
Miller, Alferow
Hilander, Vogt
Stoeckel (3)
Warneke, Heller
Laffon, Bonafos

1 passable : Kischner (retouches) ;
3 mauvais
(soit 23 %)

Julia : cavité insuffisante,
2 rétrécissements

Glatzel,
Zubnyki.

Mortalité.

Elle n'existe pas ici.

Résultats éloignés.

Les résultats immédiats n'ayant pas été publiés, nous avons recherché les révisions.

6 opérées ont été revues avec résultats excellents au bout de : 8 mois : Kischner-Wagner (2)
1 an à 1 an 1/2

Hilander
Miller
Alferow

2 ans : Heller.

Complications.

Dans ce procédé de greffe à grand lambeau, l'infection est très difficile à éviter : les secrétions étant presque inévitablement envahies par le colibacille.

Histologie du néo-vagin.

L'épiderme greffé s'élimine toujours par grands morceaux, mais il subsiste assez d'îlots épidermiques pour amener une épidermisation totale.

Sexualité.

Warnecke signale un beau succès au point de vue sexuel.

B. *Hétérogreffes.*

Kyst, Kustner, Mackenroth et Quenu se sont servis de la muqueuse vaginale d'une autre femme, sans résultat.

Dreyfus, Lardennois ont utilisé un sac herniaire. Dreyfus avec succès : 16 mois après le vagin était souple, indolent, mesurant 7 cm. sur 3. Lardennois, par suite de rétrécissement, n'a obtenu qu'un cul-de-sac de 4 cm., 5 mois après.

Petit a tapissé l'espace clivé à l'aide de deux prépuces obtenus par circoncision. Son résultat a été médiocre.

Brindeau a eu recours aux membres ovulaires. Ce néo-vagin a tendance au rétrécissement.

MM. P. Lafargue et M. Rivière ont employé le même procédé. Voici leur observation inédite :

Mlle V..., âgée de 20 ans, vient nous consulter en février 1936 parce qu'elle n'a pas de vagin. Or elle désire se marier et le curé de la paroisse qui a été mis au courant de son infirmité par une dénonciation, refuse de publier les bans.

La mère de la jeune fille raconte que sa fille n'a jamais été réglée; à différentes reprises celle-ci a souffert du bas-ventre avec des irradiations dans les cuisses à des dates qui n'avaient rien de périodique. Deux ou trois fois elle a constaté sur son pantalon une petit tache de sang sans qu'elle put en préciser l'origine.

Il y a trois ans un médecin fut consulté pour cette anoma-

lie. C'est à cette occasion qu'il fut établi que Mlle V... n'avait pas de vagin. Une opération fut proposée. La mère refusa en disant que sa fille agirait à sa guise à sa majorité, mais que tant qu'elle serait mineure, ses parents s'y opposaient.

Trois ans ont passé. Mlle V... s'est fiancée à un jeune homme qui connaît son état. Ils veulent se marier. Devant l'opposition de l'autorité ecclésiastique, les parents acceptent l'intervention refusée jadis.

Mlle V... est de taille moyenne, ayant tous les caractères physiques et intellectuels d'une femme. La voix, son système pileux, ses seins, son bassin, sa morphologie générale sont entièrement du type féminin. Enfant, elle a joué à la poupée comme toutes les jeunes filles, elle a eu leurs jouets, elle a vécu dans leur société. Jeune fille, son instinct sexuel l'a poussée vers le sexe masculin et une conversation privée avec son fiancé nous fournit des précisions qui établissent de façon péremptoire l'attirance qu'éprouve Mlle V... pour l'homme et le plaisir qu'elle éprouve à sa fréquentation.

Au point de vue génital, la région vulvaire est normale dans sa morphologie et la disposition de son système pileux. Grandes et petites lèvres sont normales comme développement, coloration, consistance.

En les séparant on constate que le clitoris est plutôt petit. Au-dessous de lui — à la place que devrait occuper l'orifice hyménéal — s'étend une zone muqueuse, lisse, continue sans le moindre pertuis. Cette zone se laisse assez facilement déprimer par le doigt.

Le toucher rectal ne révèle aucun vestige d'utérus ou d'annexes.

Nous proposons une intervention qui consistera en une périnéotomie suivie de greffes cutanées ou autres. Nous rejetons les opérations qui consistent à tapisser la cavité intervésicorectale aux dépens d'un segment du tube digestif ; à nos yeux elles ont une mortalité et une morbidité excessive, leur technique est trop complexe.

Un article de Brindeau prône la greffe d'amnios pour tapisser la cavité consécutive à la périnéotomie : nous décidons d'utiliser cette formation dès que nous en aurons à notre disposition.

Lorsqu'une femme eut accouché, un grand fragment de tissu amniotique fut placé dans du sérum tiède avec tous les soins d'asepsie possible. Sur-le-champ la périnéotomie fut pratiquée sans difficulté, rejetant la vessie en haut, le rectum en bas, ne révélant rien qui rappelât la matrice. La cavité était large et profonde permettant l'introduction de deux valves vaginales de taille courante. On y loge sans difficulté une bougie de 0,10 cm. de long, de 0,05 cm. de diamètre, moulée en cire à modeler des dentistes, entièrement enveloppée par le lambeau amniotique.

Des points qui rapprochent les petites lèvres maintiennent la bougie en place. Celle-ci est retirée au 10e jour.

La cavité intervésico-rectale est rose vif, bourgeonnante, mais on n'aperçoit aucun îlot indiquant un début de revêtement. La greffe amniotique a totalement échoué.

Une nouvelle bougie de même calibre remplace celle que l'on vient d'enlever. Pendant 15 jours tous les matins elle sera ôtée pour être remise en place après nettoyage de la cavité.

Devant l'indocilité de la malade, son désir de se lever et de rentrer chez elle, à la bougie nous substituons des mèches vaselinées, puis bientôt une sorte de grosse olive métallique, allongée, que Mlle V... devra porter la nuit et enlever le jour.

Elle suit ces directives pendant un mois environ, puis abandonna tout soin, car elle veut immédiatement se marier.

Le néo-vagin est long de 0,10 cm. environ. Un revêtement muqueux parti de l'orifice vulvaire tapisse les deux premiers tiers de sa longueur. Son tiers postérieur est cruenté ; nous redoutons la coalescence des parois à ce niveau.

En juillet (cinq mois après l'opération), nous revoyons notre opérée. Elle s'est mariée. Elle n'a pu avoir que quelques rapports parce qu'à la suite de ceux-ci s'est déclarée une réac-

tion inflammatoire vulvaire intense. Infection banale ou gonococcique ? Il est impossible de le dire.

Le 6 novembre (huit mois après l'intervention), Mme Ch..., notre opérée, revient se faire examiner.

Il existe une cavité vaginale, lisse, souple, indolore, de neuf centimètres de profondeur, permettant un toucher facile. Des releveurs d'une tonicité remarquable bordent l'orifice vaginal de chaque côté.

Le mari nous dit sa satisfaction parce que les rapports sont normaux et faciles. Mme Ch... insiste sur leur indolence et précise que lorsqu'elle est « disposée » ils sont générateurs de plaisir. A toute femme qui serait dans son cas elle conseillerait de se faire opérer, sans hésitation.

En résumé ce cas d'absence congénitale de vagin est un échec de la greffe amniotique, un succès de la dilatation de longue durée, que nous avons employées après la périnéotomie.

La greffe amniotique n'a servi à rien. Elle n'a donné naissance à aucun ilôt épithélial de revêtement. Celui-ci s'est fait sous nos yeux d'avant en arrière, de l'orifice vulvaire vers le cul-de-sac péritonéal. Peut-on s'en étonner quand on connaît la « xénophobie » des tissus ! La greffe que nous avons employée était une homo-greffe, elle était placée dans une région dont elle n'est pas l'hôte habituel, les conditions hormonales étaient différentes entre le donneur et le receveur, elle était appelée à des fonctions qui lui sont bien étrangères ! Une seule de ces raisons justifierait l'échec.

Les conditions de notre réussite résident d'abord dans l'exécution d'une périnéotomie très large et très profonde. Ici aussi il faut avoir trop fait pour avoir fait assez.

Si l'on maintient cette cavité assez longtemps béante pour permettre au revêtement muqueux de progresser d'avant en arrière et si — ce qui est plus prudent — on la tapisse de greffes cutanées à la façon de Forgue pour hâter la constitution de son revêtement, on crée un nouveau vagin à peu de frais.

Ainsi donc des procédés mécaniques — surtout complétés par des greffes cutanées — peuvent entrer en comparaison avec les procédés à base de greffes intestinales. Et sur ces derniers ils l'emportent par l'absence de mortalité et une moindre morbidité.

Résultats.

Sur 10 observations, nous avons 1 résultat excellent (Dreyfus), 1 passable (Lafargue).

Les 8 autres ont été médiocres ou nuls.

Ces procédés ont le seul mérite de leur originalité. Il est très rare que des greffes transplantées prennent de façon satisfaisante.

PROCEDES DE TRANSPLANTATION INTESTINALE

I. Procédés utilisant l'intestin grêle.

Nous citerons, pour mémoire, l'opération de Wassiliev qui a créé un vagin avec le diverticule de Meckel de la patiente. Celui-ci avait 5 cm. 1/2 de long et était de la largeur du grêle.

L'extrémité du diverticule fut abouchée au périnée après exclusion de l'anse sur 18 cm.

A la révision, le néo-vagin admet deux doigts. Il y a un léger prolapsus de la muqueuse. Les secrétions sont insignifiantes.

Technique de Baldwin-Mori-Constantini.

Opération de Baldwin.

Une anse intestinale est placée dans le septum vésico-rectal.

1° Dans un 1er temps, on fait la périnéotomie ;

2° Le 2e temps est abdominal : après laparotomie médiane sous-ombilicale, on cherche la portion de l'iléon qui descend le plus bas dans le bassin (en général, cette portion se trouve de 20 à 30 cm. du coecum).

On en exclut 25 à 30 cm.

a) Section de l'intestin et du mésentère, l'anse exclue est fermée à ses extrémités par des pinces ;

b) Anastomose termino-terminale ;

c) Fermeture de l'anse exclue par enfouissement ;

d) Incision du péritoine pelvien au niveau du Dou-

glas, sur 8 à 10 cm., afin d'obtenir un grand orifice qui empêche l'étranglement de l'anse exclue ;

e) Abaissement de l'anse exclue par son milieu convexe, ce qui fait que l'anse est pliée en V.

3° Le 3e temps est de nouveau périnéal, on procède à la fixation de l'anse exclue. On ouvre ensuite cette dernière sur une longueur de 3 cm. L'ouverture ainsi obtenue est fixée au futur orifice vaginal.

Modification apportée par Mori.

Mori fait d'abord le temps abdominal, puis, au lieu d'abaisser l'anse intestinale à la vulve par son bord convexe, il l'attire par son extrémité inférieure.

Modification apportée par Constantini.

Constantini ne sectionne pas le mésentère en coin comme Baldwin.

1er temps : périnéotomie ;

2e temps : on choisit l'anse grêle la plus abaissable. La section ne porte que sur l'intestin. Les quatre tranches de section sont fermées en bourse. On réunit par anastomose latéro-latérale la continuité intestinale ;

3e temps : le bord libre de l'anse exclue est attiré à la vulve, puis ouvert.

Considérons les statistiques.

Rabinovitch, en 1931, rapporte 242 cas opérés par 127 chirurgiens différents avec 28 morts : soit une mortalité de 11 %.

Nous avons cherché dans la bibliographie dont nous disposions et sommes arrivés au modeste total de 121 observations.

Sur ces 121 cas se répartissant ainsi :

72 Baldwin,
45 Baldwin-Mori,
4 Constantini,

nous avons relevé 24 morts, soit 20 % de mortalité.

Résultats.

Baldwin : 72 cas	Mori : 45 cas	Constantini : 4 cas
Mort : 17 - (23,6 %)	7 - (15,5 %)	0
Bons : 41 - (56,9 %)	30 - (66,6 %)	2 (Cordoba) (Constantini)
Passables : 5	3	2 (Constantini)
Frankenberg, Brohée, Hogdson, Judin 2 — sécrétion exagérée	Wagner, Sicaru, Hoimann — sécrétion exagérée	1 anneau fibreux vaginaux ascaris
Mauvais : 9 (12,5 %)	5 - (11,1 %)	0
Neugebauer 3 rétractions. Latzko, Frankenberg : fistule Judin 4 : 2 rétractions, 1 fistule, 1 éperon	Mori : fissure. Miller : rétraction. Brenner : nécrose. Abadie, Chaton : prolapsus	

Mortalité.

24 morts sur 120 opérations, soit 20 % : tel est le bilan de cette intervention.

9 morts sont dues à une péritonite résultant du sphacèle de l'anse abaissée (Pitha, Kupferberg, Auvray, Guggisberg (2), Guitelson, Lastzko, Wagner, Benthin).

9 sont dues à une gangrène de l'entéro-anastomose (Zweifel, Pitha, J.-L. Faure, Hortolomei, Grégoriu, Auvray, Neugebauer).

3 ileus

Garfunkel : 6 jours après l'intervention
Levite : 2 ans après
Wallenstein : 5 ans 1/2 après

1 broncho-pneumonie due à l'anesthésie : Mocquot.
1 cas de septicémie au 40e jour : Gordon-Gibson.
1 cas de néo, 13 ans après l'opération : Ritchie.
3 cas sans cause publiée (Malinowsky).

On constate donc que, dans un tiers des cas, la mortalité n'est pas due à un défaut de technique spécialement, mais à l'infection péritonéale partie d'un point sphacélé de l'entéro-anastomose.

Morbidité.

24 cas non satisfaisants.

Quelques sphacèles de l'anse exclue (Malinowsky, Lévite, Guggisberg).

Soit 22,5 %.

Résultats immédiats.

Ward et Ritchie ont chacun observé l'apparition de règles chez leur opérée.

Dans la plupart des observations publiées, la femme obtient un néo-vagin oblique qui se développe aux dépens de la branche principale de l'anse sous l'influence du coït.

Résultats éloignés.

Les vagins sont spacieux, admettant des rapports faciles le plus souvent.

25 révisions ont été faites :

1 an après : Mori, Sicaru et Stoescu, Judin, Villette, Cleret et Masson.
2 ans : Hoimann, Lamas, Rosenthal, Hogdson, Judin, Constantini, Poucel, Masson (2).
3 ans : Judin, Wright, Lagoutte, Hoimann.
11 ans : Brohée, Neugebauer, Baumgartner.

Complications.

A la suite de tractions mésentériques et d'ischémie consécutive, il peut y avoir nécrose de l'extrémité inférieure du canal.

Souvent, l'orifice vulvaire est sténosé : d'où la nécessité de faire l'exclusion de la cicatrice inextensible.

Abadie a observé un cas de fistule stercorale. Frankenberg en rapporte une vésico-vaginale.

Abadie, Chaton, Peterson ont vu la muqueuse se prolaber quelques années après.

Neugebauer parle de la grande tendance à se rider que montre ce néo-vagin intestinal.

Judin relate des crises intestinales dues aux tractions sur le mésentère lors des contractions intestinales. .

Gamebaroff note la pyélite comme résultat de l'intervention.

Mais, de beaucoup, les complications les plus à redouter sont : la péritonite (Weibel) et l'ileus.

Physiologie de l'anse transplantée.

La transplantation de l'intestin agit comme une greffe. Villette rapporte que certains chirurgiens, ayant fait, par suite de coliques douloureuses, une nouvelle laparotomie, ont pu sectionner sans dommage le pédicule mésentérique nourricier.

La sensibilité de l'anse semble conservée. Sa muqueuse peut être le point de départ de réflexes provoquant des coliques puissantes lors du coït (Lagoutte).

La muqueuse du néo-vagin est rouge vif, abondamment lubrifiée. Cette sécrétion peut être trop forte parfois (Frankenberg relate 1 cas où elle oscillait entre 8 et 12 cc. par heure). Le régime la fait varier, d'ailleurs. Stoeckel a remarqué que les sécrétions étaient très importantes avec les protides, insignifiantes avec les lipides.

L'absorption du néo-vagin existe.

(La femme peut ainsi bénéficier des principes vitaux du sperme, si tant est que la résorption spermatique soit utile suivant certaines théories.)

Cette fonction est utile à retenir, car la possibilité de gonorrhée n'est pas exclue, d'où la contre-indication absolue d'injections à base de cyanure.

Sexualité.

Dans 15 observations, on note l'existence d'orgasme. La malade de Poucel écrit « au point de vue sensations je ne crois pas différer des autres femmes ».

Lauwers rapporte que son opérée ressentait des sensations agréables autour de l'ombilic. Ne seraient-ce pas plutôt des sensations intestinales plutôt que génitales ?

Judin souligne que l'inclination sexuelle ni l'orgasme n'ont paru chez ses 20 opérées.

II. Procédé utilisant le sigmoïde.

Technique de Boldt et Ruge.

Après périnéotomie, laparotomie médiane, on reconnaît le méso-sigmoïde et les arcades vasculaires. On isole un segment de l'anse, long de 12 à 15 cm., avec ses vaisseaux.

Pour rétablir la continuité intestinale, on suture le côlon pelvien et le rectum, par une anastomose latéro-latérale.

Le segment isolé de l'anse est ensuite abaissé dans l'espace recto-vésical, après ouverture du Douglas.

L'anse isolée est incisée. On la suture aux bords de l'orifice vulvaire.

Pour permettre cet abaissement d'anse sigmoïde, il faut, le plus souvent, pratiquer des sections artérielles, en particulier celle de l'artère sigmoïdienne. Pour conserver à cette anse sa vascularisation, il est nécessaire de respecter l'anastomose des sigmoïdiennes avec l'artère colique gauche supérieure.

Résultats.

26 cas :

20 bons (76,9 %) :

16 opérés par Landois
4 par Frankenberg

4 mauvais (15,3 %) :

3 sphacèles de l'anse abaissée
Frankenberg
Rudolf
Faerhmann

1 rétrécissement consécutif : Carling

2 passables : concrétions dures vaginales (Hedjnk).

Mortalité.

Pour qui connaît la grande mortalité obtenue par résection de l'anse Ω, lors de néos du sigmoïde, il est surprenant qu'elle soit nulle ici.

Morbidité.

3 sphacèles de l'anse abaissée, soit 11,5 %. Il faut tenir compte dans une grande mesure de la vascularisation compromise et de la septicité de l'anse abaissée.

Résultats immédiats.

Le vagin est large, permettant des rapports faciles.

Résultats éloignés.

Landois et Frankenberg ont fait des révisions plusieurs années après, avec persistance des résultats.

Complications.

Frankenberg signale un shock opératoire grave.
Hedjnk (Brno) note que l'abaissement de l'anse fut dif-

ficile, ainsi que l'anastomose latéro-latérale lors de ses deux opérations.

Physiologie du néo-vagin.

Le vagin sécrète des concrétions dures (Hedjnk-Faerhmann) : ce sont des calculs stercoraux.

Sexualité.

Il n'en est pas fait mention.

III. Procédé utilisant le rectum.

Citons, pour mémoire, l'opération de Snéguireff qui décolle la partie terminale de l'intestin des parties voisines, et la sectionne entre deux pinces.

Cette région ano-rectale transplantée en avant va servir de vagin.

Comme résultats immédiats (seuls publiés) :

Sur 4 cas :

4 incontinences (Snéguireff-Goussev)
1 prolapsus (Goussev)

Technique de Popoff-Schubert.

On fait la même opération, mais, ici, on respecte le sphincter anal, et on aborde le rectum par une voie plus large.

1° On clive l'espace vésico-rectal ;

2° On fait une incision circulaire libérant le rectum — en restant en dehors du sphincter que l'on respecte. Ce décollement est poursuivi sur une hauteur de 3 cm. ;

3° On fait une troisième incision — commençant à 5 cm. au-dessus de l'anus — profondément, jusqu'à l'os ;

4° On résèque le coccyx.

On aborde la face postérieure du rectum. A 12 cm. au-dessus de l'anus, on le libère des parties voisines et on le sectionne entre deux ligatures ;

5° On attire, en avant, l'extrémité inférieure du rectum, à travers l'orifice vulvaire, au bord duquel on la suture ;

6° Le bout inférieur du segment supérieur est alors abaissé à travers le sphincter. La ligature est coupée. Les bords du conduit sont suturés à la peau anale.

Statistiques.

Benthin, en 1932, rapporte 135 cas d'opérations de Popoff-Schubert avec :

5 morts post-opératoires, soit 3,7 %
6 cas d'incontinence relative du sphincter anal :
- 3 s'arrangent spontanément
- 3 nécessitent une intervention

8 fistules, dont 4 s'arrangent
1 nécrose du néo-vagin.

Nous avons recueilli 108 cas d'opérations d'après ce procédé, réalisées par 52 chirurgiens différents, avec :
4 morts
- 2 post-opératoires (Benthin)
- 1 septicémie (Schubert)
- 1 cellulite (Scipiades)

Soit une mortalité de 3,7 % aussi.
80 bons résultats, soit 75,9 % :
- 2 menstruations
- 3 grossesses

24 mauvais, soit 22,2 % :
- 10 fistules : Mandelstamm-Floed
  Küst : 4 - Franque : 2
  Schubert : 3

9 incontinences : Popoff, Jankelevitch
Kohler, Füth, Rosenstein
Brossmann, Frank

1 nécrose : Frank
1 cellulite : Fahrer
1 rétrécissement vulvaire : Kaiserlink
2 rétrécissements au-dessus du sphincter anal (Mandelstamm)

Mortalité.

Elle s'élève à 3,7 %.

Morbidité.

22,2 % (cellulite, gangrène du fragment intestinal, fistules, rétrécissement).

Complications.

La suppuration de la plaie est interminable. Les fistules avec zones de nécrose suivent souvent. Les deux grosses éventualités à redouter sont : l'infection du tissu conjonctif pararectal et l'incontinence du sphincter anal.

Résultats immédiats.

Deux femmes ont été réglées définitivement (Wagner et Zubrzyky), après abouchement du rectum au col de l'utérus.

Le néo-vagin est ample, permettant des rapports faciles.

Résultats éloignés.

22 révisions ont été publiées avec résultats excellents au bout de :

1 an : Popoff, Küst
2 ans : Frank, Jankelevitch, Kohler

4 ans : Floed, Hans Starck (3)
7 à 10 ans : Schubert (12) - Wagner

L'opérée de Wagner accoucha, deux ans après, d'un enfant de 2 kg. 750 (le simple débridement de la plaie fut nécessaire). Elle eut encore deux autres enfants de 4 kg. chacun.

Physiologie du segment transplanté.

Mandelstamm note que, chez plusieurs de ses opérées, le vagin-rectum était le siège de concrétions dures, circuses, du volume du petit doigt, sans odeur.

Sexualité.

Il est peu fait mention des résultats obtenus à ce sujet dans les diverses observations.

Une malade de Popoff écrit : « ... Menant une vie génitale intense, éprouvant à chaque coït une satisfaction sexuelle complète. »

Une opérée de Wagner se livra à la prostitution.

Il est nécessaire de compter sur le côté psychologique des époux dans ce cas de vagin-rectum. Il existe des cas où le mari, après avoir appris le genre d'opération subie par sa femme, devenait impuissant et demandait le divorce (Zazkin).

COMPARAISON DES RESULTATS

	Procédés mécaniques	Procédés des greffes				Procédés intestinaux		
		Greffes pédiculées	Greffes libres		Hétérogreffes	Baldwin	Boldt	Popoff
			Greffes de Thiersch (Abbé Forgue)	1 seul greffon (Kischner-Wagner)				
		—	—	—	—	—	—	—
	30 cas	43 cas	18 cas	17 cas	10 cas	121 cas	26 cas	108 cas
	—	—	—	—	—	—	—	—
Mortalité	0	0	0	0	0	20 %	0	3.7 %
Bons résultats ...	8	27	14	13	1	73	20	80
	(20,6 %)	(62,7 %)	(77 %)	(76 %)	(10 %)	(60 %)	(76,9 %)	(75.9 %)
	3 menstruations 2 révisions après 6 mois	1 menstruation 19 révisions de 6 mois à 18 ans	7 révisions de 3 ans à 7 ans	6 révisions de 8 mois à 2 ans		25 révisions de 1 à 11 ans	15 révisions	2 menstruations 3 grossesses 22 révisions de 1 a 10 ans
Morbidité.....	0	0	0	7 %	0	22,5 %	11,5 %	22,2 %

ETUDE CRITIQUE

Si nous nous rapportons à ce tableau, nous pouvons envisager deux grands groupes de procédés :

ceux { avec mortalité (Baldwin-Mori ; Popoff),
sans mortalité.

Procédés comportant une mortalité.

Les techniques de Baldwin-Mori et de Popoff-Schubert sont bien réglées et on ne fera pas mieux.

Cependant, dans le Baldwin, opération en deux temps (abdomino-périnéale), très longue (2 heures et plus), comportant trois changements de position et de matériel, la grande éventualité à craindre est la péritonite. Mais il faut dire que la gangrène du segment intestinal isolé, les fistules au niveau de l'entéro-anastomose, la torsion du mésentère avec thrombose des vaisseaux, enfin l'iléus tardif, sont loin d'être rares.

A la suite de l'opération peuvent s'observer des crises persistantes de coliques dues à des contractions de l'anse exclue.

Le néo-vagin sécrète du mucus irritant la vulve et les cuisses (cause d'érythème, d'eczéma, d'intertrigo), obligeant la femme à se garnir.

Certains auteurs (Kosinsky) ont observé que cette opération, techniquement idéale, avait, au bout de 1 an, 1 an 1/2, des complications telles qu'ils ont été obligés de renoncer à cette méthode.

Dans le procédé de Popoff-Schubert, aussi bien réglé au point de vue opératoire, il y a une grande difficulté à bien désinfecter le rectum, et, comme conséquences, on assiste

à des suppurations prolongées du tissu pararectal avec fistules interminables.

Le sphincter est souvent incontinent avec, comme résultats : l'impossibilité de retenir gaz et liquides, les difficultés de la défécation, l'inversion du rectum.

Pendant cette opération, si employée par les Allemands, car extra-péritonéale, la possibilité n'est pas exclue d'ouvrir le Douglas (Doderlein, Kakoushine), donc le danger de péritonite n'est point supprimé.

Si encore les résultats s'avéraient magnifiques ! Mais, pour comble d'infortune, ce néo-vagin emprunté à l'intestin, grêle ou terminal, si chèrement payé, n'a même pas cette permanence de longueur et de calibre qu'on donnait comme sa meilleure qualité (Forgue).

Neugebauer, étudiant les résultats à distance du Baldwin, observe une tendance au rétrécissement assez marquée pour nécessiter une opération de dilatation.

La tension du méso du segment abaissé est parfois telle qu'il n'est pas possible de suturer, sur tout le pourtour, l'anse iléale à l'orifice vulvaire ; de là, à l'entrée du vagin, une zone restant exposée à la rétraction inodulaire. Plus haut, le cylindre intestinal peut être resserré concentriquement par la rétraction cicatricielle de l'espace de clivage recto-vésical.

Procédés sans mortalité.

1° *Procédé de Boldt et Ruge.*

Il vient en tête des opérations à partir du tube digestif. Mais il rentre dans le cadre de cette chirurgie intestinale si pleine d'imprévus et d'aléas.

La difficulté réside dans l'abaissement de l'anse exclue et surtout dans l'entéro-anastomose (Hedjnk).

Par contre, la suture du gros intestin à l'orifice vulvaire est très facile (Lanvois).

Néanmoins, la morbidité est importante. (Vascularisation compromise, septicité de l'anse.)

2° *Procédés mécaniques.*

Ces procédés sont d'une grande simplicité : une seule incision suffit.

Mais les résultats obtenus sont peu brillants du fait de la mise en rapport de deux surfaces cruentées. Leur coaptation se fait, et ceci malgré toute prothèse, aussi ingénieuse soit-elle.

On doit compter sur la bonne volonté de la patiente qui ne comprend pas toujours l'utilité du port presque continu (au moins au début) d'un mandrin dilatateur.

Ceci ne rend que plus intéressant le cas de Gombarow (grossesse survenue deux ans après opération).

Quant à l'observation de Kleistman, elle est trop récente pour en faire état.

3° *Procédé des greffes.*

Hétérogreffes.

Les résultats obtenus sont nuls ou presque. Ceci n'est pas pour surprendre car les hétérogreffes ne prennent que rarement, d'autant qu'ici les difficultés sont plus grandes.

Greffes pédiculées.

Les autoplasties par lambeaux empruntés à la peau ou aux muqueuses voisines (vulve, grandes et petites lèvres, hanches et cuisses) ne sont pas, d'une manière générale satisfaisantes.

La technique est délicate : la difficulté vient de la taille d'un lambeau épidermique assez grand ; de là, fréquence

de nécrose partielle ou totale du lambeau autoplastique, amenant consécutivement un rétrécissement du vagin.

De plus, il ne faut faire usage que de lambeaux dépourvus de graisse si l'on veut éviter un rétrécissement cicatriciel ; or, dans la technique de Pozzi, dans celles de Fraenkel, de grandes lanières de peau sont nécessaires, allant jusqu'à 17 cm. sur 12. Pour garder aux greffons la minceur qui est leur condition anatomique de prise, il n'est pas possible de les tailler trop larges ; si on veut les élargir, on entaille plus profondément et on ne demeure plus dans le plan propice.

Dans la plupart des cas, on ne réussit ainsi qu'à créer un entonnoir vulvaire sans profondeur suffisante parce que la partie haute du tunnel est mal tapissée, parce que les lambeaux ne confluent pas en dôme, parce qu'au fond ils restent séparés par des bandes de granulations favorables à l'accolement (Forgue).

Greffes libres.

1° *Procédé d'un seul greffon* (Juvara-Kirschner).

Cette méthode doit subir les mêmes critiques que les greffes pédiculées à grands lambeaux.

Même difficulté dans la taille. De plus, l'infection est très difficile à éviter, les sécrétions étant presque inévitablement envahies par le coli.

L'épiderme greffé s'élimine toujours par grands lambeaux, mais il subsiste très souvent assez d'îlots de peau pour amener l'épidermisation totale.

2° *Greffes de Thiersch* (Abbe-Forgue).

Ce procédé très simple donne 80 % de résultats excellents à celui qui est habitué aux greffes.

Il est nécessaire de bien ajuster ces lanières et de les imbriquer en tuiles par leurs bords (Forgue).

Le mandrin qui sert de support aux greffes est tout, car, si le tamponnement est trop fort, les morceaux peuvent se nécroser, et si la pression est trop faible, leur adhérence ne sera pas uniforme. C'est en ceci seulement que réside la difficulté.

PROCEDE DE CHOIX

Après avoir analysé chaque procédé, vu leurs résultats respectifs, auquel devons-nous nous arrêter en présence d'une absence congénitale de vagin ?

Toutes les opérations portant sur un segment intestinal sont trop graves de conséquences pour une opération plastique de cette nature.

Les procédés mécaniques sont médiocres dans leurs suites.

La méthode des greffes libres, seule, nous donne des résultats certains. Le procédé de Forgue, par sa simplicité, l'excellence de ses suites tant immédiates qu'éloignées (77 %), doit retenir l'attention du chirurgien.

Burian lui donne la préférence sur celui de Kischner-Wagner à un seul lambeau, car « le revêtement produit est plus solide et n'est pas voué au rétrécissement fatal ».

Le procédé des greffes de Forgue, tout en donnant la possibilité de mener une vie sexuelle, n'offre pas de risques, est indemne de toutes les complications et de tous les désagréments qui sont le lot des procédés plus chirurgicaux.

De plus, ici, il y a toujours facilité ultérieure de faire des retouches.

Après l'opération, la femme devra maintenir et entretenir le calibre et la profondeur de son nouveau conduit par un cathétérisme méthodique : le coït ne suffisant pas à ce mandrinage (Forgue).

Burian nous écrit que cette dilatation n'a été nécessaire que pendant deux à trois mois pour ses opérées.

Cet inconvénient est nécessaire au bon calibrage de l'organe, mais il n'est pas particulier au procédé de Forgue, mais commun à chaque procédé employé.

CONCLUSIONS

I. Vagins créés mécaniquement.

Les résultats sont médiocres ou nuls. Il ne faut pas prendre cette technique en considération.

II. Vagins créés aux dépens du tube digestif.

Baldwin-Mori : les résultats sont passables. En revanche, la mortalité et la morbidité sont importantes.

Boldt et Ruge : les résultats, tout en étant meilleurs, comportent une grosse morbidité.

Popoff-Schubert : les résultats sont bons. La mortalité est légère ; mais ici encore la morbidité est importante.

Ces méthodes sont à rejeter.

III. Vagins obtenus par greffes.

a) Hétérogreffes : les résultats sont nuls ;

b) Greffes pédiculées : les résultats sont médiocres ;

c) Greffes libres : 1° Procédé d'un seul grand lambeau (Kischner-Wagner). Cette méthode nécessite une grande habitude dans la prise d'un seul greffon. Nous le déconseillons. — 2° Procédé d'Abbé-Forgue. Les résultats sont excellents. Le procédé, très simple, ne comporte ni mortalité, ni morbidité ; se réalise à l'anesthésie locale. Les retouches sont très faciles, s'il y a lieu.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :
Le Président.
BÉGOUIN

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 novembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (Congrès chirurgie, 1908; *Revue Française*, 1911; *Gynéc.*, 1923).

Abbe (*Medical Record*, 1898).

Adams (*New. England. J. Med.*, mai 1929).

Arène (Thèse Montpellier, 1904).

Auvray (*Bull. Mém. Soc. Chir.*, 1923).

Baumgartner (*Bull. Soc. Nat. Ch. Paris*, 1925).

Baldwin (*Revue franç. Gynéc.*, 1924).

Barbaroux (*Marseille Médical*, 1919).

Benthin (*J. Chir.*, 1932).

Boldt et Ruge (*J. Chir.*, 1930 et *Arch. für Gynak.*, mars 1930).

Brindeau (*Gynéc.*, 1934).

Brohée (*Ann. Soc. belge Chir.*, janv. 1933).

Burian (*Revue Chir. prat.*, oct. 1932).

Brouha (*Bull. Soc. Belge Gynéc.*, Bruxelles, 1912).

Bonney (*Lancet London*, 1913).

Brenner (*Monatschrift für Gibur*, 1921).

Carling (*British Medic. Journ.*, 1934).

Constantini (*J. Chir.*, 1926).

Charbonnel et Favreau (*Gaz. Médic. Bordeaux*, 1921).

Chaton (*Bull. Mém. Soc. Ch.*, 1923).

Davis et Cron (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, fév. 1928).

Doderlein (*Zent. für Gynak.*, févr. 1932).

Deutschman (*New-York. M. J.*, nov. 1923).

Daniel (*Rev. franç. Gynéc.*, 1923).

Favreau (*Gynéc.*, janv. 1934).

Frank et Geist (*Am. J. of Obst.*, déc. 1927 et 1932).

Fraenkel (*Zent. für Gynak.*, 1924).

Forgue (*Sem. Médic.*, 1899 et *Paris Médical*, 1934).

Frankenberg (*J. Chir.*, 1930).
Faure (J.-L.) (*Bull. Soc. Chirg. Paris*, oct. 1923).
Flœd (*Zent. für Gynak.*, 1912).
Franque (Von) (*J. Chir.*, 1912).
Grad (*Rev. franç. Gynéc.*, 1932).
Garin (*J. A. M. A. S. Africa.*, nov. 1927).
Gombarow (*Zent. für Gynak.*, oct. 1933).
Goussev (*Gynéc.*, 1906).
Graves (*Surgic. Clinics of North Am.*, 1921).
Grégoire (*Arch. Gén. Chir.*, 1912).
Guteriez (*Bull. et Trav. Soc. Buenos-Ayres*, 1933).
Grigoriu (*Clujul Medical*, 1920).
Gordon-Gibson (*Am. J. of Obst.*, 1922).
Hadsen (*Am. J. of Obst.*, avril 1921).
Hogdson (*Brit. M. J.*, 1933).
Hortolomei (*Bull. Mém. Soc. Ch. Bucarest*, 1932).
Hartmann (*Gynéc. obst.*, mai 1932).
Halban (*J. chir.*, fév. 1912).
Hoermann (*Gynec.*, 1920).
Juvara (*Revue Gynéc.*, 1912).
Judin (*J. chir.*, 1928).
Jankelevitch (*Soc. Chir. Kieff.*, 1934).
Kleistman (*Gynéc. obst.*, 1933).
Kischner-Wagner (*Zent. für Gynak.*, 1930).
Kreis (*Rev. franç. obst.*, août 1934).
Kaiserlingk (*Gynéc.*, 1922).
Latzko (*Gynécol.*, 1923).
Ladensky (*Am. J. of obst.*, sept. 1910).
Landois (*Zent. für Gynak.*, 1933).
Lamprecht (*Journ. Akushi, zheusk boliez*, 1928).
Mandelstamm (*Zent. für Gynak.*, 1934).
Matveiev (*VIII^e Congrès-Leningrad*, 1923).
Mollière (*Lyon Médical*, 1880).
Mouriquand (*Centre Médic.*, 1922).
Mori (*Zent. für Gynak.*, 1909-1910).

Masson (*Am. J. Obst.*, oct. 1932).
Menicucci (*Rev. Gynéc. et Obst.*, janv. 1932).
Maczeweski (*Polska Gazeta*, oct. 1933).
Müller (*Der Chirurgie Berlin*, 1932).
Malinowsky (*J. Med. Kasau*, 1928).
Michael (*Zent. für Gynak.*, 1921).
Oastler (*Am. J. of. Surgery*, 1922).
Neugebauer (*Zent. für Gynak.*, 1922).
Peraire (Congrès Chir., 1908).
Peterson (*Am. J. Obst.*, 1928).
Popoff (*Roussky Vratch.*, 1910).
Pozzi (*Revue Gynéc.*, 1911).
Petit (*Rev. Chir. plastique*, janv. 1932).
Pieri (*Gynéc.*, 1933).
Roux (Congrès Chir., 1908).
Ritchie (*Gynéc.*, 1930).
Rivière (Thèse Alger, 1924).
Rushmore (*Am. J. of. Surgery*, 1929).
Rabinovitch (*Am. J. of Surgery*, 1931).
Ramureanu (Thèse, Bucarest, 1923).
Schubert (*Zent. für Gynak.*, 1911-1912).
Stoeckel (*Gynéc.*, 1933).
Stark (*Zent. für Gynak., oct.* 1933).
Schmeleff (*Gynec. Acc. Leningrad*, 1925).
Schwartz et Quenn (*Revue Chir.*, juin 1913).
Tuffier (*Soc. Chir.*, 1912).
Tikanadse (*Zent. für Gynak.*, févr. 1926).
Turenne (*Ann. Soc. Medic. de Montevideo*, 1930).
Vakar (*Russk. Klin.*, oct.-nov. 1929).
Villar (*Bull. Soc. Chir.*, 1895).
Wallerstein (*Zent. für Gynak.*, 1921).
Warucke (*Zent. für Gynak.*, 1932).
Wassiliev (*Zent. für Gynak.*, 1927).
Wright (*Am. J. Surgery*, mai 1922).
Weibel (*Gynéc.*, 1923).
Zubrzyki (*J. Chir.*, 1930).

Imp. Bière, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1936